

Gecikmiş bir postravmatik diyafragma hernisi

Esen BESLİ (***), Atiye FEDAKAR (**), Rüstem ÜÇEL (**), Nadir TOSYALI (****), Müferet ERGÜVEN (*)

SUMMARY

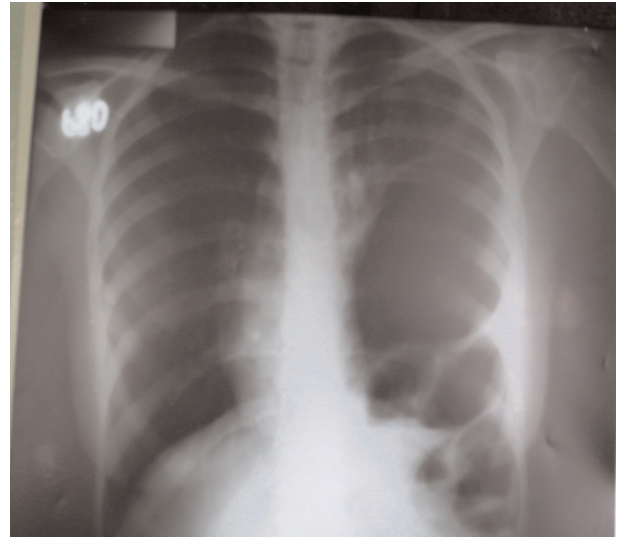
A delayed posttraumatic hernia

Traumatic diaphragmatic hernia; is the known result of the blunt or penetrating thoracoabdominal trauma, on the other hand it's commonly ignored complication. The diagnosis can be delayed even month or years if there are no contributing radiologic findings, signs at physical examination after acute period. The most important point at the diagnosis of diaphragmatic hernia after blunt or penetrating trauma in the remembering the possibility if a detailed history is not taken the diagnosis and treatment may be delayed. For this reason a detailed history will help the diagnosis. In this article a penetrating thoracoabdominal trauma which had clinical signs after 2 months has been discussed accompanied with literature.

Key words: Traumatic diaphragmatic hernia, detailed history

Anahtar kelimeler: Travmatik herni, detaylı anamnez

edilerek diyafragmadaki defekt onarıldı. Postoperatif 7. günde taburcu edildi (Resim 2). Takipte herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.



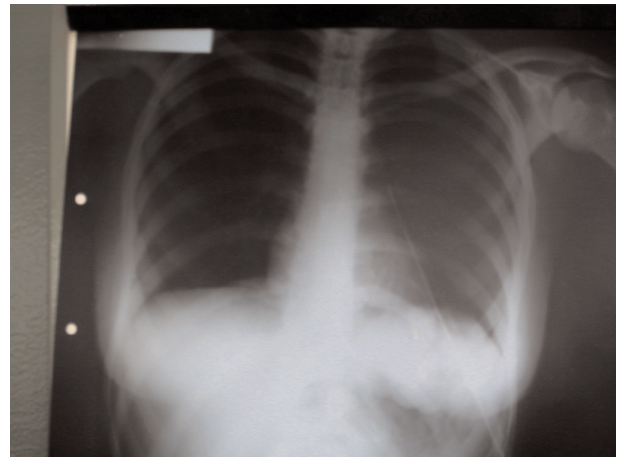
Resim 1. Olgunun preoperatif PA akciğer grafisi.

OLGU

Ondört yaşında kız hasta kusma, karın ağrısı şikayeti ile acil polikliniğimize başvurdu. Kusma şikayeti günde 5-6 kez olup 2 haftadan beri mevcutmuş. Özgeçmişinde 2 ay önce araç dışı trafik kazası geçirdiği, kalça ve göğüs bölgesinde zedelenme olduğu, ancak herhangi bir cerrahi girişim yapılmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; bilinç açık, TA 100/70 mmHg, nabız 98/dk, solunum sesleri sol hemitoraksın alt ve orta bölümünde azalmıştı, bu alanda bağırsak sesleri duyuluyordu.

Laboratuvar bulguları: Hb 12.7 g/dl, Htc % 37.7, lökosit 9890/mm³, trombosit 315.000/mm³, SGOT 18Ü/L, Na 142 mg, K 4 mg, üre 19 mg/dl, kreatinin 0.62 mg/dl. İdrar tetkiki ve batin ultrasonografisi normal olarak yorumlandı. PA akciğer grafisinde sol hemitoraksta hava-sıvı seviyesi ve gaz gölgesi görüldü ve sol diyafragma yükselmişti. Olguya, akciğer grafisi, klinik ve fizik muayene bulguları ile diyafragma hernisi tanısı konuldu (Resim 1).

Torakotomi ile sol diyafragma posterior kısımda 7-8 cm çapında defekt saptandı ve mide, kolonun ve ince bağırsakların yarısı, karaciğer sol lob lateral segmentinin bu defekten toraks boşluğuna girdiği görüldü. Organlar batin içine redükte



Resim 2. Olgunun postoperatif PA akciğer grafisi.

TARTIŞMA

Travmatik diyafragma hernisi travmadan dakikalar ya da saatler, hatta yıllar sonra semptom verebilmekte ve tanı almaktadır (1). Yaklaşık 2/3 olguda hemen tanı konulmakta, 1/3 olguda ise tanı gecikmektedir. Diyafragma hernilerinin içinde travmatik olanlar ancak % 5 oranındadır (2). Künt travmaların yaklaşık % 0.8-1.6'sında diyafragma rüptürü oluşur. E/K oranı 4/1'dir (3). Olguların % 69'unda solda, % 24'ünde sağda, % 15'inde ise bilateral herni görülür (3). Bizim olgumuz kız hasta olup, lezyon sol taraftaydı.

Travmatik diyafragma hernisi kliniğine göre akut faz, latent faz ve obstrüktif faz olarak 3'e ayrılır. Akut faz; yaralanmadan hemen sonra başlar ve birincil yaraların iyileşmesine kadar devam eder. Bu dönemde solunum yetersizliği, organ hasarları, şok ve koma gibi önemli patolojilere bağlı diyafragma rüptürünün tanısı gözden kaçabilir. Bazı olgularda yaralanma olayını izleyen asemptomatik bir dönem ortaya çıkar. Bu dönem latent ya da interval faz olarak adlandırılır. Birkaç gün ile birkaç hafta, nadiren de yıllarca süren bu dönemde intraabdominal organlar torasik kavite içine herniye olmaya başlar. Bu süre içinde gastrointestinal ve solunum semptomları ortaya çıkmaya başlar. Kronik obstrüktif fazda intestinal organlara ait iskemi, obstrüksiyon ve strangülasyon bulguları vardır (4,5). Shah ve ark. 980 olguluk çalışmalarında, geçikmiş tanı oranını % 14.6 olarak bildirmiştir (4). Yine Ramos ve ark.'nın yaş ortalaması 7.5 olan 15 olguluk serilerinde, sadece 8 hastada (% 53) preoperatif tanı konulabilmiştir (6). Diyafragma rüptürünün erken tanısında en önemli nokta, künt ya da penetran travmalı hastalarda her olasılığın düşünülmesidir. Özellikle geç tanı konan olgularda iyi ve detaylı bir anamnezin önemi daha çok artmaktadır.

En önemli tanı yöntemi akciğer grafisidir. Akciğerde kollaps ve hava-sıvı seviyeleri, trakeal şift, diyafragma yükselmesi ve kot kırıkları, nazogastrik tüpün pozisyonu tanıda yardımcı bulgulardır. Yavaş gelişen herniasyonun saptanmasında, tekrarlayan akciğer grafileri önem taşır. Diğer tanı yöntemleri; ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, karaciğer ve dalak sintigrafisi, pnömoperituan, periton la-

vajı, torakoskopi ve laparoskopidir (4,7). Sağ taraf diyafragma hernilerinin tanısı zordur. Floroskopi, scannig, baryumlu kontrast grafiler tanı için gereklidir. İpsilateral diyafragma yüksekliği, loküle pnömotoraks ve kistik pulmoner lezyonlar diyafragma hernileri ile karışabilir. Pozitif kontrast peritoneografi tanıda yardımcıdır (2). Travmatik diyafragma rüptüründen sonra mide ya da kolonun herniasyonu, strangülasyon ve intratorasik perforasyon gelişebilir. Mide veya kolonun intratorasik perforasyonu pnömotoraks, piyopnömotoraks, fekopnömotoraks ampiyem, mediastinal şift, kardiyak arrest gibi komplikasyonlara yol açabilir (8). Akut diyafragma rüptürü abdominal yaklaşımla, kronik diyafragma rüptürü ise torakal yolla tamir edilir. Çocuklarda mortalite % 18-50 arasındadır (2). Biz olgumuzu PA akciğer grafisi, klinik ve fizik muayene bulguları ile tanı koyduk. Kronik bir olgu olduğundan cerrahi girişim torakal yolla yapıldı. Postoperatif 7. günde taburcu edildi. Takipte herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

Sonuç olarak; travmatik diyafragma hernisi travmadan dakikalar ya da saatler hatta yıllar sonra semptom verebilmekte ve tanı almaktadır. Çocuklarda kusma, karın ağrısı gibi semptomlar nadiren de olsa travmaya bağlı gelişebilir. Bu nedenle, travmatik diyafragma hernisinin erken tanı ve tedavisinde en önemli basamak detaylı bir anamnezdır.

KAYNAKLAR

1. Yuncu G, Aktoğu S, Yoldaş T: Travmatik diyafragma hernisinin geçikmiş prezentasyonu. Toraks dergisi Nisan 2000, cilt 1, sayı 1, 76-79.
2. Öztürk R, Doğru D, Çamur S: Travmalı hastaya yaklaşım. Katkı Pediatri Dergisi 1:64-65, 1995.
3. Article by Jason M Johson, DO: Diaphragmatic Hernias, Acquired, www.emedicine.com
4. R Shah, S Sabanathan, AJ Mearns, AK Choudhury: Traumatic rupture of diaphragm. Ann Thorac Surg 60:1444-9, 1995.
5. Apaydın B, Zengin K, Göziş G, Taşkın M: Travmatik diyafragma rüptürleri. Ulusal Travma Dergisi 3:142-7, 1997.
6. Ramos Ct, Koplewitz BZ, Babyn PS, Manson PS, Ein SH: What have we learned about traumatic diaphragmatic hernia children?. J Pediatr Surg 35(4):601-4, 2000.
7. Clancy TV, Kays CR, Butler PN, Maxwell JG: Shortness of breath and 'refractory pneumonia'. Delayed diagnosis of isolated diaphragmatic rupture. NCMJ 56:280-2, 1995.
8. Seeling MH, Klingler PJ, Schöleben K: Tension fecopneumothorax due to colonic perforation in a diaphragmatic hernia. Chest 115:288-90, 1999.